



ANSØGNING OM AKTIVT MEDLEMSKAB

REGISTRERING (RAB) ELLER SUNDHEDSAUT. OG ANERKENDT ZONETERAPEUT I FDZ

Indsendes til FDZ Forenede Danske Zoneterapeuter, Torvegade 1,1, 5000 Odense C

*Ansøgning om aktivt medlemskab/registrering
Regler og procedurer bedes læst inden udfyldelse (se vedlagte eller på www.fdz.dk)*

A		PERSONLIGE OPLYSNINGER	
	Cpr.nr.: <i>(til brug for indberetning af kontingent)</i>	FDZ-medlemsnr.:	<i>(udfyldes af FDZ)</i>
	Navn:		
	Bopæls- og opholdsadresse: (gade/vej, nr., etage)		
	Postnr., by:		
	Telefon (privat):	Mobiltelefon:	
	Telefon (klinik):	Telefon (anden arb.plads):	
	E-mail:	CVR-nr.:	
B		GRUNDLAG FOR INDMELDELSE	
	<input type="checkbox"/> Jeg ønsker medlemskab og registrering i zoneterapi (FDZ - RAB - Sundhedsaut. og anerkendt zoneterapeut)		
	<input type="checkbox"/> Jeg ønsker desuden registrering i akupunktur		
	<input type="checkbox"/> Jeg ønsker desuden registrering i massage		
	<input type="checkbox"/> Jeg ønsker desuden registrering i kranio-sakralterapi		
	<input type="checkbox"/> Jeg ønsker aktivt medlemskab (zoneterapi) i FDZ uden registrering		
	<input type="checkbox"/> Jeg ønsker passivt medlemskab i FDZ		
	Tidligere beskæftigelse/uddannelse, herunder oplysning om Sundhedsautorisation: Jeg har en sundhedsautorisation: ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>		
	Tidligere beskæftigelse/uddannelse:		
	<input type="checkbox"/> Jeg arbejder i klinikfællesskab Hvis ja, - i klinikken arbejder også følgende behandlere:		
C		KLINIKOPLYSNINGER	
	<i>Oplysninger danner grundlag for offentliggørelse på FDZ's klinikadresseliste for Aktive/Registrerede og Anerkendte Behandlere. Anfør derfor, hvad du ønsker, skal fremgå af denne liste</i>		
	Navn:		
	Kliniknavn:		
	Klinikadresse:		
	Postnr., by:		
	Telefon:	Mobiltelefon:	
	E-mail: (skal oplyses)	Hjemmeside:	

D	DOKUMENTATION
	<p>I henhold til Lov om registrering af alternative behandlere skal minimumskrav til zoneterapeutuddannelse kunne dokumenteres, ligesom dokumentation for uddannelse i andre fag, der ønskes registrering af, skal kunne fremvises.</p> <p>Læs venligst regler og procedurer for medlemskab/registrering i FDZ Forenede Danske Zoneterapeuter samt retningslinjer for registrering andre fag end zoneterapi.</p> <p>Dokumentation i forbindelse med opfyldelse af basale uddannelseskrav er: Eksamensbevis for afsluttet zoneterapeutuddannelse og/eller anden komplementær uddannelse samt evt. dokumentation for relevant efteruddannelse med angivelse af timetal i samtlige fag.</p> <p>I forbindelse med registrering SKAL der i henhold til persondataloven ske tilmelding til Datatilsynet som journalførende klinik.</p> <p>Yderligere oplysninger om krav og regler til denne registrering findes på www.fdz.dk hvor du også finder link til blanket til brug for registreringen.</p> <p>Dokumentation for godkendelse hos DATATILSYNET skal tilsendes FDZ's sekretariat senest ½ år efter registrering har fundet sted.</p>
E	GOD KLINISK PRAKSIS
	<p>Det er en betingelse for registrering og hermed offentliggørelse på FDZ's klinikadresseliste for Aktive/Registrerede Alternative Behandlere/Sundhedsaut. og anerkendte zoneterapeuter i FDZ, at du opfylder følgende krav:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. udviser omhu og samvittighedsfuldhed i dit faglige virke, herunder gør brug af midler og metoder, som er forsvarlige og som du er kvalificeret til at benytte 2. anbefaler en klient at søge læge m.v., hvor dette må anses for indiceret 3. overholder lovgivningen, herunder afstår fra at fraråde en lægeordineret behandling eller benytter behandlingsmetoder, som det er forbeholdt bestemte autoriserede sundhedspersoner at anvende 4. løbende vedligeholder og opdaterer din faglige viden 5. giver klienterne en saglig og nøgtern information om behandlingen og de forventninger, de kan have hertil, herunder ikke love helbredelse 6. fører optegnelser over dine behandlinger, herunder om indikation samt om den behandling og den information, der er givet 7. har tavshedspligt med hensyn til de oplysninger om private forhold og andre fortrolige oplysninger, som du gennem din faglige virksomhed får om dine klienter. Tavshedspligten står ved magt også efter behandlingen er ophørt, eller en klient er død. 8. har selvstændigt klinikrum og rimelige toiletforhold til klienterne 9. har telefontid eller telefonsvarer 10. som FDZ-zoneterapeut være seriøs i din behandling og optræden i henhold til FDZ's kollegiale og etiske regler <p style="text-align: center;"><i>Overtrædelse af gældende lov og regler for registrering/aktivt medlemskab kan medføre eksklusion/afregistrering i henhold til vedtægtens bestemmelser.</i></p>
F	DIN UNDERSKRIFT
	<p>Jeg erklærer på tro og love, at oplysningerne er rigtige, herunder at jeg opfylder de beskrevne uddannelsesmæssige og beskæftigelsesmæssige krav til medlemskab/og eller registrering.</p> <p>Jeg tilkendegiver endvidere, at jeg er indforstået med, at FDZ offentliggør mine klinikoplysninger på FDZ's hjemmeside i henhold til Lov om Registrering af Alternative Behandlere samt FDZ's vedtægter.</p> <p>Jeg er bekendt med gældende regler for registrering/indmeldelse samt FDZ's regler vedr. brug af FDZ logo samt betegnelsen RAB/Sundhedsaut. og anerkendt zoneterapeut i FDZ og regler vedr. udmeldelse/afregistrering.</p> <p><i>(gælder KUN for registrerede)</i></p> <p>Jeg tilkendegiver endvidere, at jeg er indforstået med, at FDZ må opgive klinikdata til samarbejdspartnere.</p>
	<p>Dato: _____ Underskrift/stempel: _____</p>